

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

profunda Versicherungsmakler & Finanzberatung GmbH

Berliner Str. 33 • 16540 Hohen Neuendorf

Tel.: 03303 / 2973910

Fax: 03303/ 2973911

info@profunda-vm.de

http://www.profunda-vm.de

**Persönlicher Ansprechpartner:**

<p><b>Versicherungsnummer:</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><b>Versicherungsunternehmen:</b>  <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Bitte geben Sie uns die Schadennummer bekannt</p> <p><input type="checkbox"/> Info über Regulierung erbeten</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsnehmer</p> <p><input type="checkbox"/> Schriftverkehr an Versicherungsmakler</p>
<p><b>Geschädigter/</b> (vermutlicher) Anspruchsteller          Bei mehreren Anspruchstellern bitte gesondert aufnehmen</p>	<p>Name: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Anschrift: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Tel-/Fax-Nr.: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Handy-Nr.: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>E-Mail: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Vorsteuerabzugsberechtigt?  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt</p>
<p><b>Bankverbindung:</b></p> <p><input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p> <p><input type="checkbox"/> Erstattung auf das Konto des Kunden, von dem die Beiträge eingezogen werden</p>	<p><input type="checkbox"/> abweichende Bankverbindung</p> <p>Kontoinhaber <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Konto bei <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>BLZ <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>IBAN <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<p>Besteht ein <b>Verwandtschaftsverhältnis</b> mit dem Geschädigten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <b>ja</b>, welches:  <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<p>Leben Sie mit dem Geschädigten in <b>häuslicher Gemeinschaft</b></p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Schadentag / Uhrzeit</p>	<p><input style="width: 100%;" type="text"/> / <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<p><b>Wo</b> ist der Schaden eingetreten (Anschrift)?</p>	<p><input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<p><b>Wer</b> hat den Schaden Ihres Erachtens verursacht?</p>	<p>Name: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Anschrift: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Tel.: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Bei <b>Jugendlichen</b> zusätzlich:          Geburtsdatum: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Erziehungsberechtigter: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>

<p>Liegt ein Verschulden vom Versicherungsnehmer vor?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, bitte näher erläutern:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 70px; width: 100%;"></div>
<p>Besteht für den Schadenverursacher noch anderweitig eine Haftpflichtversicherung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, bitte Versicherer und Versicherungsscheinnummer:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p><b>Genauere Schilderung des Schadenhergangs:</b>          Bitte nur eigene Wahrnehmungen schildern. Sonst bitte angeben, durch wen oder was der Schaden bekannt wurde - gfls. gesondertes Blatt verwenden.</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 300px; width: 100%;"></div>
<p>Welche <b>Zeugen</b> können Sie benennen?</p>	<p>Name: <input style="width: 100%;" type="text"/>          Anschrift: <input style="width: 100%;" type="text"/>          Tel.: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<p>Ist ein <b>polizeiliches Protokoll</b> aufgenommen worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, bitte Behörde und Aktenzeichen nennen:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>Ist ein <b>Ermittlungs- oder Strafverfahren</b> eingeleitet worden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja          Wenn <b>ja</b>, bitte Behörde und Aktenzeichen nennen:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p><b>Zusätzliche Bemerkungen:</b></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>
<p><input type="checkbox"/> <b>Bei Sachschäden:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Fotos anbei <input type="checkbox"/> Anschaffungsrechnung anbei</p>
<p><b>Was</b> ist beschädigt?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Anschaffungsjahr ca.: <input style="width: 50%;" type="text"/> €          Anschaffungspreis ca.: <input style="width: 50%;" type="text"/> €          Schadenhöhe ca.: <input style="width: 50%;" type="text"/> €</p>

**Schadenmeldung Privathaftpflicht** / Seite 3/3

Waren die beschädigten Teile von Ihnen	<input type="checkbox"/> gemietet <input type="checkbox"/> gepachtet <input type="checkbox"/> geliehen? <input type="checkbox"/> keiner der genannten Punkte trifft zu
Übten Sie an den beschädigten Teilen eine <b>gewerbliche oder berufliche</b> Tätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Besichtigung</b> der beschädigten Sachen möglich bei:	<input type="checkbox"/> Anspruchsteller <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Bei Personenschäden:</b>	<input type="checkbox"/> Arztbericht anbei
<b>Art und Umfang</b> der Verletzung	<input type="text"/>
Behandelnder <b>Arzt</b> oder <b>Krankenhaus</b>	<input type="text"/>
Befand sich der Verletzte auf dem <b>Weg zur Arbeitsstelle</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Erlitt der Verletzte den Unfall bei Ausübung einer <b>beruflichen Tätigkeit</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
<b>Abwicklung / Kommunikation</b>	
Wie wünschen Sie die Kontaktaufnahme bei Rückfragen zur Abwicklung des Schadens?	<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="text"/>
Bitte nennen Sie uns die E-Mail-Adresse, Telefon- oder Handy-Nr. usw. die wir zur Kontaktaufnahme verwenden sollen:	<input type="text"/>
Bei telefonischer Abwicklung: Wann sind Sie am Besten erreichbar? Hinweis: Bitte geben Sie ein Zeitfenster zu üblichen Geschäftszeiten an.	<input type="text"/>
<b>Hinweis für den Versicherungsnehmer:</b>	Bewusst unwahre oder lückenhafte Angaben können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.
<b>Einverständniserklärung des Versicherungsnehmers:</b>	Vorstehende Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Mit der Auszahlung einer evtl. Entschädigung an den Anspruchsteller erkläre ich mich einverstanden.  <hr/> Ort, Datum, Unterschrift.
Rev006 vom 03.12.2015	<input type="checkbox"/> Die Schadenmeldung enthält keine Unterschrift, da maschinell erstellt.